

健康診断書

氏 名		生年月日 昭和・平成 年 月 日生	
住 所			
身 長	c m	胸部レントゲン 所 見	間接 所見あり 所見なし 治療所見 直接 要精密検査 フィルムNO.
体 重	k g		
腹 囲	c m		
視 力	右 . (.) 左 . (.)		
色 覚	右 左		
聴 力	右 左		
血 圧	mmhg～ mmhg		
既 往 症	特になし あり		
診察所見			
		E C G 所 見	
尿 検 査	蛋白 糖 ウリビリノーゲン 潜血	血 液 検 査	赤血球 ヘマトクリット 白血球 血色素 血小板
肝 機 能 検 査	G O T H B s 抗原	血 糖	
	G P T H B s 抗体 r - G T P H C V 抗体	血 中 脂 質 検 査	総コレステロール 中性脂肪 H D L - C
総合所見及び 特記事項			
上記のとおり診断します。		令和 年 月 日	
		所在地 名 称 医 師	印